

### CERTIFICACION DE ELEGIBILIDAD PARA THE EMERGENCY FOOD ASSISTANCE PROGRAM (TEFAP)

Participación en TEFAP es voluntaria. La información de identificación que se pida se necesita para participar y se usará sólo para ese propósito.

**Por Favor uso letra de molde**

Apeydo	Nombre	Inicial	Numero de telefono
Comicilio	Ciudad	Codigo Postal	Condado

Certifico con mi firma que:

- Mi engresso bruto mensual y el de mi familia son iguales o menos que el limite que ha sido aprobado por el DHFS y el gobierno federal para participacion en este programa y por el numero de personas que viven en mi hogar como esta indicado en esta forma.
- Usare la mercancia que ha recibido del gobierno federal para mi hogar solamente.
- Yo descargo de cualquiera obligación a cuya personas, agencia, del estado de Wisconsin, asi como el USDA/FNS del gobierno federal por los resultados en recibir esta comida.
- Yo entiendo que al hacer una certificacion falsa para obtener esta mercancia puedo ser sujeto a reembolsar al gobierno estatal por el valor de la mercancia o por recibir mercancia impropriamente. Entiendo que puedo ser sujeto a persecucion criminal bajo las leys estatles y federales.
- Reglas para aceptar y participar en este programa son las mismas para todos sin cosideracion ninguna por ser de otra raza, color, religion, origen nacional, edad, sexo, o incapacidad.
- Acomodamiento razonables pueden ser solicitados para participar en este programa.

#### Ingreso Maximo Para Recibir Mercancia De TEFAP

Personas en la Familia	Ingreso Anual		Personas en la Familia	Ingreso Anual		Personas en la Familia	Ingreso Anual
1	\$18,130		4	\$37,000		7	\$55,870
2	\$24,420		5	\$43,290		8	\$62,160
3	\$30,710		6	\$49,580		9	\$68,450
						10	\$74,740

Para cada persona adicional en familias que tiene mas de 10 persons agregue \$525 por mes o \$6,290 annualmente.

#	FECHA	FIRMA del cliente	Personas en la Familia		ADDRESS VERIFIED		DO YOU NEED OTHER ASSISTANCE		TYPE OF OTHER PROGRAM INFORMATION GIVEN TO CLIENT
			Adultos	Personas de menor edad	YES	NO	YES	NO	
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									

Name - Pantry	Address - Pantry
Name - Emergency Feeding Organization	Date Form Filled Out